

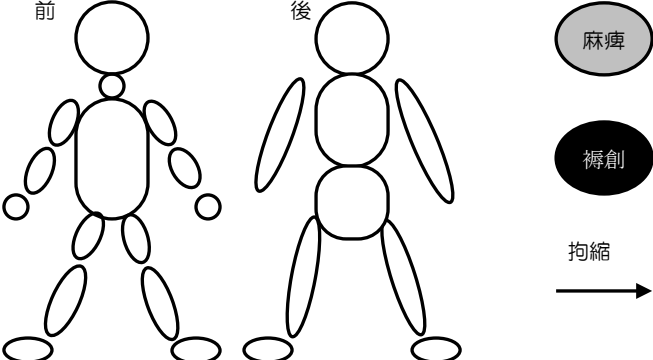
短期入所利用者フェイスシート

記載日 令和 年 月 日

利用者名			生年月日			年齢	
住所	〒 ご自宅 ☎ ()						
代理人	氏 名	続柄	住 所 ・ 連絡先				
緊急時連絡先		氏 名	続 柄	連 絡 先			
	一次			☎			
	二次			☎			
	三次			☎			
家 族 構 成	氏 名	生年月日	続 柄	備 考 (同居の有無・就労など)			
区の担当CW/相談員		区 担当ケースワーカー () 相談員 ()					
原疾患名					受傷または 発症時期		
障害名							
手帳の所持	身体障害 (級) ・療育 () ・精神保健福祉手帳 (級)						
障害程度区分		本人の収入	障害年金 (基礎 ・厚生) ・保護・その他 ()				
既往歴・生活歴							
新規面談日 令和 年 月 日							

利用者プロフィール表（ADL）

	状 況	留 意 点						
医 療 的 ケ ア	医療的ケア 有 ・ 無	経管栄養の場合 注入時間と注入内容を記載ください。						
	<table border="1"> <tr> <td>平熱</td> <td>℃</td> <td>平均血圧</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>身長</td> <td>cm</td> <td>体重</td> <td>kg</td> </tr> </table> 1、吸引 有 ・ 無 （ 口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管切開 ） 頻度（ 回/日 時間おき ） 2、経管栄養 有 ・ 無 （ 鼻腔 ・ 胃ろう ） 摂取量（ 回 ml cal /日 ） 3、ネブライザー 有 ・ 無 頻度（ 回/日 ・ 時間おき ・ 分 ） 4、酸素療法 有 ・ 無 5、人工透析 有 ・ 無 6、感染症 有 ・ 無 MRSA ・ 疥癬 ・ 結核 ・ 緑膿菌 ・ 肝炎（ ）型 その他（ ） 7、褥瘡 有 ・ 無 8、その他（ ）		平熱	℃	平均血圧	/	身長	cm
平熱	℃	平均血圧	/					
身長	cm	体重	kg					
排 泄 （ 医 療 的 ケ ア ）	1、自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 訴え： 有 ・ 無 2、定時誘導、定時交換 （時間 ） 3、方法 *普通トイレ・ 差込便器 ・ 尿瓶 *普通下着 *リハビリパンツ ・ テープオムツ ・ パット （ ） 4、その他 *ストマ ・ ウロストマ *留置カテーテル ・ コンドームカテーテル *膀胱洗浄（ ） *導尿時間（ ） *浣腸・下剤の使用 有 ・ 無 （方法 ） *摘便 有 ・ 無							

発作	1、てんかん発作 有 ・ 無 2、強い筋緊張 有 ・ 無 3、痙性 有 ・ 無	発作時の様子 発作時の対応方法
服薬・外用薬	面談当日お薬手帳持参（有・無）	
通院先・主治医		身体状況（ 麻痺・拘縮・褥創好発部位など） 前 後 麻痺 褥創 拘縮 
姿勢保持	1、寝返り 可 ・ 不 2、頸部のすわり 有 ・ 無 3、座位保持 可 ・ 不 （ 自立 ・ 支え必要 ） 4、立位保持 可 ・ 不 （ 自立 ・ 介助 ・ つかまり立ち）	
移乗	1、自立 2、半介助 3、全介助 ・床走行リフト使用 ・一人移乗 ・二人移乗	
移動	1、自立 ・ 見守り ・ 介助 2、方法 ・車椅子 （ 自走式 ・ 電動 ・ 介助式 ） 3、歩行 可 ・ 不 （ 自立 ・ 支え必要 ） 4、移動不可 その他 （ ）	

睡眠	時 分就寝 ～ 時 分起床 (電動ベッド ベッド柵 有 ・ 無 柵 _____ 本 / 布団)		
	夜間帯のご様子 (良眠 ・ 不眠 ・ 場所によって不眠)		
整 容	歯磨き	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	歯磨きの方法
	義歯	有 ・ 無	
	更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	整髪・洗面	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
入 浴	1、機械浴 2、ストレッチャー浴 3、個浴（シャワーチェア使用） 4、その他 ()		
食 形 態	1、主食 (普通食 ・ やわらかご飯・七部粥・五分粥・全粥・ペースト食) 2、副食 (普通食・1口大・1cm角・極きざみ・ソフト食・ペースト食) 3、水分 (普通 ・ とろみ) とろみの程度 () 4、禁忌食・アレルギー 有 ・ 無 () 5、制限食 有 ・ 無 カロリー Cal / 日 塩分 g / 日 糖分 g / 日		
摂 食 方 法	1、自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 胃ろう 自助具使用 () 2、嚥下 () 2、姿勢 () 3、服薬管理 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 4、服薬方法 ()		

視 覚	1、問題ない		
	2、若干見えている様子		
	3、光は感じている様子		
	4、まったく見えない		
	5、判断不可		
聴 覚	1、問題ない		
	2、音は聞こえている様子		
	3、全く聞こえていない様子		
	4、判断不可		
コ ミ ュ ニ ケー ション	理 解 能 力	1、問題ない	
		2、単語の理解ができる	
	表 現 能 力	3、働きかけに反応が 有 ・ 無	
		4、判断不可	
日 中 の 過 ご し 方	ご自宅や通所先・休日の過ごし方等々。		
	愛着のある物（例えば、おもちゃ・番組） 苦手な物（例えば、人の声・場所・事柄） エピソード等ありましたら記載ください。」		
行 動 上 の 注 意	今までご自宅や通所先等で下記の事はありませんでしたか？ ○をしてください。 【 特になし 転倒 転落 誤飲 異食 無断外出 自傷 他害 物損 その他 】 ○をつけていただいた時の具体的な場面や状況の記載を下記にお願いします。また支援する上で注意する点の記載をお願いします。		
短 期 入 所 利 用 目 的	記入のご協力ありがとうございました。		